



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

USO INTERNO: Completar con datos LEGIBLES y DENTRO del margen

<u>Póliza N°</u>	<u>Certificado N°</u>	<u>Endoso N°</u>
<u>Fecha emisión</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VIDA

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL COBERTURA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA EN EL EXTERIOR

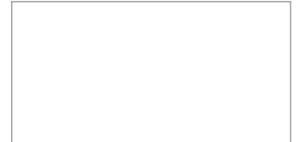
Complete este formulario marcando lo que corresponda

DE USO INTERNO

Contrato N° _____
 Vigencia _____

IMPORTANTE

Verifique que respondió **todas** las preguntas y de corresponder sus observaciones. La solicitud incompleta será devuelta, lo cual ocasionará una demora en el procesamiento de la misma. Una vez completo, imprima tres copias.



SELLO DE ENTRADA

INSTITUCIÓN A TRAVÉS DE LA CUAL UD. ESTÁ SOLICITANDO ESTA COBERTURA

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Apellidos _____ Nombres _____
 C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
 Fecha nacimiento Edad _____ Profesión _____
 Sexo: femenino masculino Estado Civil _____

Domicilio laboral

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____
 Padrón N° _____ Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____
 Teléfono _____ Celular _____ Fax _____
 E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

Domicilio particular

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____
 Padrón N° _____ Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____
 Teléfono _____ Celular _____ Fax _____
 E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

Fecha de ingreso a la Institución contratante Número de socio en la Institución contratante _____

Indique el nombre de las Instituciones de servicios médicos a los cuales está o estuvo afiliado anteriormente

Nombre de la Institución _____	N° de afiliado _____
Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/> Motivo de egreso _____	
Nombre del médico tratante de la Institución _____	
Nombre de la Institución _____	N° de afiliado _____
Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/> Motivo de egreso _____	
Nombre del médico tratante de la Institución _____	
Nombre de la Institución _____	N° de afiliado _____
Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/> Motivo de egreso _____	
Nombre del médico tratante de la Institución _____	



EN CASO DE MINORÍA DE EDAD DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Madre, Padre o Tutor

Apellidos _____ Nombres _____
C.I. N° _____ Doc. extranjero Tipo _____ País _____ N° _____
Fecha nacimiento Edad _____ Profesión _____
Sexo: femenino masculino Estado Civil _____ Teléfono _____

Domicilio particular

Calle _____ N° _____ Unidad _____ Apto. _____
Padrón N° _____ Solar N° _____ Manzana N° _____ Km. _____ Ruta _____
Teléfono _____ Celular _____ Fax _____
E-mail _____ Localidad _____ Departamento _____

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL RECAE EL RIESGO

Estatura _____ mt. **Peso** _____ kg.
¿Ha cambiado de peso en los últimos veinticuatro meses? Sí No En caso afirmativo, sírvase dar detalles _____

Indicar ¿Fuma?: Sí No ¿Fue fumador?: Sí No En caso afirmativo, diga cuántos cigarrillos por día _____
¿Sufre Ud. algún defecto físico o enfermedad? Sí No En caso afirmativo, sírvase dar detalles _____

Médico de cabecera Apellidos _____ Nombres _____
Domicilio _____ Teléfono _____
Celular _____ Localidad _____ Departamento _____

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN?

En las respuestas afirmativas, sírvase detallarlas en observaciones

1 - Enfermedades hereditarias. Enfermedades

y/o malformaciones congénitas: Sí No

Observaciones _____

2 - Afecciones de ojos, nariz y garganta: Sí No

Observaciones _____

3 - Dificultades para respirar, ronquera, tos persistente, bronquitis, asma, alergias o

afecciones crónicas del aparato respiratorio: Sí No

Observaciones _____

4 - Dolores en el pecho, palpitaciones, fiebre

reumática, soplos o ataques cardíacos u otras

afecciones del corazón o del sistema circulatorio: Sí No

Observaciones _____

5 - Presión arterial elevada: Sí No

Observaciones _____

6 - Dolor de cabeza, mareos, jaqueca, vértigo: Sí No

Observaciones _____

7 - Convulsiones, desmayos, dificultad para hablar,

derrame cerebral o alguna afección neurológica: Sí No

Observaciones _____

Apellidos _____

Nombres _____

8 - Enfermedades mentales o trastornos psicológicos: Sí No

Observaciones

9 - ¿Ha padecido o ha sido tratado por alcoholismo, uso de barbitúricos, marihuana, heroína, LSD o drogas similares?: Sí No

Observaciones

10 - ¿Ha padecido Ud. trastornos alimentarios (anorexia y/o bulimia)? Sí No

Observaciones

11 - Ictericia, sangrado intestinal, úlceras gástricas o duodenales, apendicitis, repetidos ataques o diarreas crónicas, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestiones frecuentes u otras afecciones del estómago, de los intestinos, del hígado o de la vesícula biliar: Sí No

Observaciones

12 - Hernias, eventraciones: Sí No

Observaciones

13 - Diabetes, afección de tiroides u otras enfermedades hormonales: Sí No

Observaciones

14 - Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina; cálculos u otras afecciones de los riñones, de la vejiga, o de las vías urinarias: Sí No

Observaciones

15 - Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o afecciones de los músculos, de los huesos y/o de las articulaciones: Sí No

Observaciones

16 - Enfermedades o molestias del cuello y/o columna vertebral: Sí No

Observaciones

17 - Deformidades, renguera o amputaciones: Sí No

Observaciones

18 - Patología derivada de enfermedades o anomalías gíngivo dentarias: Sí No

Observaciones

19 - Anemia, azúcar, albúmina, colesterol elevado u otras afecciones de la sangre: Sí No

Observaciones

20 - ¿Se ha hecho alguna transfusión de sangre u otros concentrados sanguíneos en los últimos 10 años?: Sí No

Observaciones

21 - ¿Ha sido rechazado como donante de sangre? Sí No

Observaciones

22 - Dermatitis, llagas, úlceras de piel u otras afecciones de la piel: Sí No

Observaciones

23 - Tumores benignos o malignos: Sí No

Observaciones

24 - Afección de próstata o de los órganos genitourinarios: Sí No

Observaciones

25 - Hepatitis B o enfermedades de transmisión sexual (por ej. sífilis, gonorrea, etc.) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones genitales: Sí No

Observaciones

26 - ¿Se ha recomendado alguna vez practicarse un análisis de sangre en relación con el SIDA o una enfermedad relacionada con el SIDA?: Sí No

Observaciones

27 - ¿Ha consultado o está actualmente consultando a un médico la causa del SIDA o de la sospecha de un síndrome de inmunodeficiencia, o se le está tratando a causa del síndrome?: Sí No

Observaciones

28 - Otras enfermedades, traumatismos o accidentes: Sí No

Observaciones

29 - Enfermedades o accidentes que motivaron cirugía: Sí No

Observaciones _____

30- Para mujeres

a) Alteraciones menstruales o hemorragias, afección de las glándulas mamarias, ovarios, útero, cuello (cervix) problemas de infertilidad: Sí No

Observaciones _____

b) ¿Cuándo fue su última visita al ginecólogo?:
Indique la fecha

Indique nombre del Dr. _____

¿Qué exámenes le realizó? _____

c) ¿Cuántos embarazos?: _____

¿Cuántos partos?: _____

Observaciones _____

d) ¿Está actualmente embarazada?: Sí No

En caso afirmativo, indique de cuántos meses _____

Indique la fecha probable del parto

Observaciones _____

INDIQUE SI EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

31 - ¿Ha estado internado en sanatorio, hospital u otras instituciones para observación, tratamiento u operación?: Sí No

Observaciones _____

32 - ¿Se ha hecho un electrocardiograma?: Sí No

Indique el motivo _____

Observaciones _____

33 - ¿Se ha tomado la presión?: Sí No

Fecha Máx.: _____ Mín.: _____

Observaciones _____

34 - ¿Tiene alguna afección por la cual se le haya aconsejado someterse en el futuro a alguna operación quirúrgica?: Sí No

Observaciones _____

35 - ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica?: Sí No

Indique cuál _____

Fecha

Observaciones _____

36 - ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento en los últimos cinco años?: Sí No

Médico tratante _____

Diagnóstico _____

Observaciones _____

37 - ¿Actualmente Ud. está recibiendo algún tipo de medicamento y/o tratamiento?: Sí No

Indique cuáles _____

Dosis _____

Observaciones _____

38 - ¿Recibió o recibe algún tipo de medicamentos y/o tratamiento no prescrito por un médico?: Sí No

Observaciones _____

39 - ¿Practica algún deporte?: Sí No

Amateur Profesional

Observaciones _____

40 - ¿Participa de deportes o actividades peligrosas?: Sí No

Observaciones _____

41 - ¿Consultó algún médico u otro servicio de salud para tratamiento médico o quirúrgico o para consejo sobre alguna enfermedad que no esté mencionada en este formulario?: Sí No

Observaciones _____

42 - ¿Ha tenido alguna alteración en su salud o síntoma que no haya sido mencionado en este formulario por la cual haya o no consultado un médico?: Sí No

Observaciones _____

43 - Indique si en su familia (Padre, Madre, Hermanos/as) hay o hubieron casos de tuberculosis, diabetes, cáncer, presión arterial alta, afecciones del corazón, de los riñones, enfermedades mentales o suicidios o cualquier enfermedad: Sí No

Observaciones

44 - Para niños y adolescentes hasta 18 años

Embarazo natural fertilización asistida

¿Ha presentado o presenta trastornos de crecimiento, del desarrollo, del lenguaje, trastornos motrices, retardo mental, trastornos de aprendizaje, problemas de conducta?: Sí No

Observaciones

Último control pediátrico: fecha

Nombre del pediatra _____

Especifique si se encontraron patologías:

En el varón, sírvase indicar si tiene patologías genitourinarias (ejemplo fimosis, testículo no descendido, etc.)

Observaciones

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas antes mencionadas, sírvase ampliar la información en el cuadro adjunto:

N° de pregunta _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Desde Hasta

Estado actual _____

Lugar _____

N° de pregunta _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Desde Hasta

Estado actual _____

Lugar _____

N° de pregunta _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Desde Hasta

Estado actual _____

Lugar _____

N° de pregunta _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Desde Hasta

Estado actual _____

Lugar _____

N° de pregunta _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Desde Hasta

Estado actual _____

Lugar _____

N° de pregunta _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Desde Hasta

Estado actual _____

Lugar _____

N° de pregunta _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Desde Hasta

Estado actual _____

Lugar _____

Apellidos

Nombres

ANTECEDENTES FAMILIARES

<u>Datos familiares</u>	<u>Edad</u>	<u>Si vive, estado de salud</u>	<u>Edad</u>	<u>Si murió, causa de su muerte</u>
<u>Padre</u>				
<u>Madre</u>				
<u>Hermanos</u>				
<u>Hermanas</u>				

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE ESTA SECCIÓN, DEBERÁ SER FECHADA Y FIRMADA EN BOLÍGRAFO AZUL

Entiendo y estoy de acuerdo con que:

- A** - El Banco de Seguros del Estado se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de cobertura.
La cobertura prevista por Banco de Seguros del Estado no entra en vigencia hasta que éste haya recibido y aprobado la solicitud.
- B** - Las declaraciones y respuestas dadas anteriormente están completas y son verdaderas según mi entendimiento y conocimiento. Si hay alguna respuesta falsa en esta solicitud (si dichas declaraciones o material para la aceptación del formulario son fraudulentos), el contrato podrá ser anulado por el Banco de Seguros del Estado.
- C** - Autorizo a los médicos que me han atendido o cualquier otro proveedor de servicios médicos a brindar al Banco de Seguros del Estado, o a quien éste designe, información incluyendo copias de historias clínicas y exámenes paraclínicos respecto a consejos, diagnósticos, cuidados o tratamientos que me hayan sido proporcionados, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Asimismo, autorizo al Banco de Seguros del Estado o a quien éste designe a requerir la información referida precedentemente.
- D** - No se cubrirán en esta Póliza las Enfermedades o condiciones preexistentes (cualesquiera sea su naturaleza) que me afecten y que hayan sido detectadas antes o a mi ingreso como socio/afiliado del Contratante.
- E** - Declaro conocer y aceptar las Condiciones Generales, Particulares y Específicas que rigen para el seguro de cobertura de internación clínica y/o quirúrgicas hospitalarias en el exterior, para cuya contratación fecho y firmo la presente solicitud.

Fecha

Firma de la persona sobre la cual recae el riesgo (Madre, Padre o Tutor en caso de menores)

Aclaración de firma

Para el Contratante Exclusiones establecidas por el Contratante

Para el Banco de Seguros del Estado Observaciones



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

EN URUGUAY, NADIE LE DA MÁS SEGURIDAD